



UNIMORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

DIREZIONE RISORSE UMANE

(modulo 19)

**RICHIESTA DI PERMESSI PER VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI
SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI ASSIMILATI ALLA MALATTIA**

(art. 51 del CCNL 2016-2018)

Al Direttore generale

e p.c. al Responsabile della struttura di appartenenza

Io sottoscritto/a _____ in servizio
presso _____,
con rapporto di lavoro a tempo pieno/part-time con percentuale del _____ (cancellare
ciò che NON interessa)

CHIEDO

di fruire di:

- n. _____ giorno/i di permesso retribuito in data _____ ovvero dal
_____ al _____ ;
- n. ___ ore di permesso retribuito in data _____ dalle ore ____ alle ore _____ .

A TAL FINE DICHIARO

di necessitare del permesso in oggetto per l'espletamento di visita, terapia, prestazione
specialistica o esame diagnostico personale che si svolgerà presso (*specificare il nome
dell'ospedale o della struttura/clinica privata*) _____
in via/piazza _____ città _____

e allegherò idonea attestazione da cui risulti data e orario della presenza presso la
struttura.

Qualora, a motivo di tali prestazioni, avessi un'incapacità temporanea al lavoro, mi
impegno a fornire o a far fornire le informazioni relative all'attestazione di malattia.

Luogo _____ , data _____

Il/La dipendente

Visto, il/la Responsabile della struttura